DES PROCÉDÉS

N° 262.

IMAGINÉS POUR PRATIQUER LA SECTION

DE LA SYMPHYSE DES PUBIS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 août 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ÉMILE-VICTOR LECARPENTIER, de Vire,

Département du Calvados;

Bachelier ès-lettres et Bachelier ès-sciences; Élève des hôpitaux civils de Paris; Commissionné par le Gouvernement, pour donner des soins aux cholériques, à Saint-Maur (banlieue).

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, Suppléant.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Président.
	.....
Pathologie médicele	DUMÉRIL.
	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, Examinateur.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, Examinateur.
Médecine légale	ADELON, Examinateur.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL.
	ROSTAN.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier, Examinateur.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau, Examinateur.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard, Suppléant.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Leur fils reconnaissant.

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR,

MES MEILLEURS AMIS.

E.-V. LECARPENTIER.

A MONSIEUR BAUDELOQUE NEVEU,

Accoucheur.

DES PROCÉDÉS

IMAGINÉS POUR PRATIQUER LA SECTION

DE LA SYMPHYSE DES PUBIS.

Symphyséotomie, ou *symphysiotomie*, mot formé de *συμφυσις* et de *τεμνω*, pour désigner l'opération qui consiste dans la section de la symphyse des pubis; cette opération a aussi été appelée simplement *section de la symphyse, section sigaultienne*, du nom de son inventeur, et même *section des pubis*.

Je ne m'étendrai pas sur l'histoire de l'opération qui va m'occuper, renvoyant, pour plus de détails, à l'excellent article que *Désormeaux* a inséré dans le Nouveau Dictionnaire de médecine. J'entrerai de suite en matière.

Le temps où l'on doit faire la section de la symphyse des pubis varie selon le cas particulier pour lequel on opère; mais il faut toujours attendre que l'orifice de la matrice soit dilaté et que les douleurs soient assez fortes pour opérer l'expulsion du fœtus. Ce temps déterminé, les poils qui recouvrent le pénil étant rasés, on place la femme dans la même situation que s'il s'agissait d'appliquer le forceps ou de faire la version du fœtus. Elle est fixée dans cette situation par des aides, qui doivent avoir soin de maintenir les membres

abdominaux médiocrement écartés, et même de presser sur les hanches, pour prévenir un écartement trop rapide et trop considérable.

Procédé ordinaire.

L'opérateur, placé entre les membres abdominaux de la femme, ou vers l'un de ses côtés, commence par introduire une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine et ranger le méat urinaire vers le côté droit, afin d'éviter de le blesser en divisant la symphyse; puis il presse la peau sur la région pubiennne, pour bien reconnaître la disposition et le lieu de la symphyse, qui varie dans les bassins viciés : il est arrivé, en effet, que l'instrument a porté sur le corps de l'un des pubis, et l'a divisé. C'est ce qui a eu lieu plusieurs fois, et notamment dans une opération pratiquée à Lyon, et citée par *Desgranges;* dans ce cas, l'erreur vint de ce que la peau était soulevée par une œdématie telle que l'incision dut avoir plus d'un pouce et demi de profondeur pour arriver à la symphyse. Un aide remonte la peau, le plus possible, vers le bas-ventre; l'opérateur fait alors l'incision de la peau vis-à-vis la partie supérieure de la symphyse, et la prolonge vers le clitoris.

*Procédé d'*Alphonse Leroy.

Alphonse Leroy recommande, pour l'incision externe et celle du ligament, de se servir d'un scalpel dont le tranchant soit convexe. Il veut que la section se fasse de dehors en dedans, et en pressant plutôt qu'en sciant, pour éviter la lésion de la vessie, accident qui a eu lieu dans plusieurs opérations. Un de ses élèves, qui dit avoir écrit sous sa dictée, M. *Lescure* (Dissertation sur la section de la symphyse, Paris, in-8°.), décrit un autre procédé : «L'opérateur, dit-il, fera une incision à la peau, de huit à dix lignes de longueur, puis il mettra à nu la synchondrose, qu'il aura bien reconnue. Il commencera la section du cartilage avec beaucoup de lenteur; le cartilage étant coupé au tiers,

il prolongera la section de la peau jusqu'au clitoris. La section de la peau étant faite, on placera l'instrument tranchant dans la portion du cartilage qu'on a commencé à couper, sans s'inquiéter aucunement du sang qui sort des petits vaisseaux honteux externes. On fait cette section avec beaucoup de lenteur, et en tâtonnant le cartilage.

Le but d'*Alphonse Leroy* et de ceux qui l'ont suivi, était d'empêcher l'action de l'air pendant la section de la symphyse. On a même proposé, dans cette vue, de ne faire qu'une petite incision à la peau, et de porter l'instrument sous ses angles supérieurs et inférieurs, pour couper le cartilage : ces craintes sont chimériques, et les accidens qui ont suivi cette opération viennent d'autres causes.

Procédé de Désormeaux.

Désormeaux a proposé de se servir, pour cette opération, d'un bistouri à lame droite et terminée carrément; de faire une incision qui commencerait à un pouce au-dessus des pubis, de couper ensuite la ligne blanche dans cette étendue, et de faire l'incision du cartilage de haut en bas, comme la plupart des opérateurs l'ont fait. Selon lui, la forme du bistouri préviendrait la lésion des parties sous-jacentes, et il ne serait pas nécessaire d'employer, pour la section de la symphyse, un bistouri boutonné, ou de se servir d'un couteau pliant pour faire cette section de dedans en dehors, comme le voulait *Aitken*, ou de couvrir, suivant le conseil de M. *Gardien*, la pointe de l'instrument avec l'ongle de l'indicateur gauche : deux procédés qu'il serait impossible de mettre en pratique dans la plupart des cas, et qui offriraient la plus grande difficulté dans les autres. Il recommande d'inciser l'aponévrose qui forme la ligne blanche, parce que, par son attache aux pubis, elle s'oppose à leur écartement, comme on s'en est assuré dans les expériences sur les cadavres, et qu'elle est nécessairement déchirée quand cet écartement est porté un peu loin. Il voudrait même que l'on prolongeât l'incision externe en bas, le long de la branche gauche de l'arcade des pubis jusqu'à

la racine du clitoris, pour diviser complètement le ligament triangulaire et la racine même du clitoris, parce qu'il vaudrait mieux, suivant ce sage praticien, que les parties fussent divisées complètement par le bistouri que déchirées par l'excès de leur distension ; mais il disait être retenu par la crainte de la section de l'artère honteuse interne, accident que l'on n'a pas toujours évité, même en opérant à la manière ordinaire.

L'opération terminée, on confie l'accouchement aux efforts expulsifs de la matrice et des muscles abdominaux, ou on le termine par la version du fœtus, selon les indications particulières qu'il présente.

L'écartement spontané des os est rarement suffisant pour permettre le passage de la tête ; pour le porter au point convenable, on écarte avec lenteur et ménagement les membres abdominaux. Quand l'accouchement est terminé, on les rapproche : on facilite la réunion des os coxaux en appuyant doucement sur les hanches. Si la vessie se présente entre eux, comme il arrive souvent, on la repousse doucement, soit avec le doigt, soit avec la sonde de femme. On réunit les lèvres de la plaie avec des bandelettes agglutinatives, après avoir fait la ligature des artères, s'il y en a qui donnent du sang; puis l'on panse la plaie simplement, et l'on maintient le tout avec un bandage de corps. Il est préférable, disent quelques auteurs, d'employer une ceinture un peu ferme qui se réunisse en avant avec des boucles, pour maintenir les os pubis rapprochés. Dans les cas les plus heureux, il faut un mois ou six semaines pour que la réunion des os se fasse ; mais on ne doit permettre à la femme de marcher qu'après un temps plus long, pour que cette réunion ait pris plus de consistance. Cette réunion, cependant, n'a pas toujours lieu ; mais il paraît qu'alors les symphyses sacro-iliaques acquièrent assez de solidité pour maintenir les os coxaux en place. C'est au moins ce qui a eu lieu chez une femme opérée par M. *Antoine Dubois*, et qui, malgré la disjonction des pubis, marchait, se tenait dans la station, et sautait avec assez de fermeté.

Les accidens qui suivent la symphyséotomie dépendent, comme je vais le prouver, du procédé opératoire même, et de l'inflammation des ligamens et des parties voisines qui ont été tiraillées et déchirées. Cette inflammation et la suppuration qu'elle entraîne sont, en général, d'autant plus graves que l'écartement des os a été plus considérable et qu'il a été fait plus rapidement; elle est aussi influencée par la constitution de l'opérée et par la constitution épidémique générale. A ces accidens, il faut encore joindre ceux qui dépendent des circonstances de l'accouchement : aussi, comme le dit fort bien *Desormeaux*, la somme des dangers que la femme a courus jusqu'ici à la suite de cette opération n'a guère été moindre qu'à la suite de l'opération césarienne.

Le résultat de cette opération, par rapport aux enfans et aux femmes, a été le suivant :

Sur 41 opérations de ce genre, dit *J.-L. Baudelocque*, 13 enfans seulement sont venus vivans, 28 sont nés morts; parmi eux, les uns étaient morts avant l'opération, les autres ont perdu la vie en traversant le bassin désymphysé. Des 41 femmes, 14 sont mortes des suites de cette opération, et 27 seulement ont été conservées. Si quelques-unes d'entre elles ne paraissent avoir été victimes de cette opération que parce qu'elle leur avait été faite trop tard, et après l'emploi de moyens qui pouvaient nuire à son succès, un plus grand nombre d'entre elles avaient eu un ou plusieurs enfans, et étaient accouchées, les unes naturellement, les autres au moyen du forceps ou de la version, et un plus grand nombre encore ont été délivrées de même depuis l'opération; ce qui prouve au moins que leur bassin n'était pas bien défectueux.

Sur trois opérations faites à la Maison d'Accouchement de Paris, les trois enfans sont morts; l'une des femmes est morte, les deux autres ont survécu, toutes deux avec incontinence d'urine, et l'une d'elles avec claudication douloureuse.

S'il est certain, comme je le pense, qu'on devrait avoir recours à cette opération toutes les fois que le bassin a deux pouces et demi, on

aurait dû la faire dix autres fois, dans le même établissement, au lieu de laisser périr les enfans pour leur perforer ensuite la tête.

Procédé de M. Catolica.

Si j'ai bien compris, dit M. *Velpeau* dans son ouvrage sur l'art des accouchemens, t. II, p. 832, ce que m'en a dit le professeur *Vulpès*, il paraîtrait que M. *Catolica* de Naples remplace la symphyséotomie par une autre opération, qui ne serait, à proprement parler, qu'une modification de ce qu'avait déjà proposé *Desgranges* de Lyon : au lieu de diviser le cartilage, il veut qu'on fasse des deux côtés la section du corps et de la branche des pubis entre les deux troncs sous-pubiens, comme l'avait déjà conseillé *Aitken*. De cette manière, continue M. *Velpeau*, les symphyses sacro-iliaques restant intactes, on ne court aucun risque de blesser la vessie ni l'urètre; le tissu cellulaire est à peine tiraillé, la consolidation est facile à obtenir; point d'abcès, point de carie, point de fistule ni de claudication, point de péritonite à redouter, et l'on obtient un agrandissement considérable du diamètre sacro-pubien. Il termine en disant qu'il ne connaît pas assez les raisons de l'auteur pour se permettre de le combattre ou de l'approuver.

Procédé de M. Baudelocque neveu.

Le double but que l'auteur de ce procédé s'est proposé a été, d'une part, de trouver avec facilité le cartilage inter-pubien, et de l'inciser ainsi que les parties molles sans en produire la déchirure; et, de l'autre, d'écarter les os coxaux, en étendant avec une lenteur extrême les ligamens des symphyses sacro-iliaques sans les rompre, afin qu'une issue libre fût ouverte à l'enfant vivant, sans avoir recours ensuite à l'écartement que l'on a opéré jusqu'ici, soit avec les mains, soit à l'aide de la version du fœtus ou de l'application du forceps, parce que, selon ce professeur, l'idée ingénieuse de diviser la symphyse des pubis pour élargir le bassin devait moins porter sur l'écartement des

os pubis que sur l'appréciation positive de l'élasticité des ligamens antérieurs des symphyses sacro-iliaques au moment de l'accouchement ; élasticité qui doit varier suivant les femmes : sous ce double rapport, la symphyséotomie n'a pas encore été envisagée.

L'auteur a fait des expériences sur des bassins bien conformés et sur des bassins déformés.

En faisant la section de la symphyse pubienne sur le bassin d'une femme morte à la suite de l'opération césarienne, il conçut l'idée d'écarter les os du bassin avec une très-grande lenteur; pour exécuter ce projet, il se servit de plusieurs coins de bois, dont l'un était long de 1 pouce, l'autre de 18 lignes, et le troisième de 2 pouces.

Diamètres du détroit abdominal.

Le bassin de cette femme était de 2 pouces 5 lignes + $\frac{1}{2}$ d'avant en arrière, mesuré de la partie supérieure de la symphyse pubienne au côté droit de la saillie sacro-vertébrale, qui était très-déjetée vers le côté gauche : ce côté était fort irrégulier, la paroi cotyloïdienne n'étant éloignée de la saillie sacro-vertébrale que de 4 lignes + $\frac{1}{2}$; le côté droit était presque cylindrique, quoique petit.

La distance qui existait entre le milieu de la saillie sacro-vertébrale et la symphyse pubienne était de 2 pouces + 4 lignes.

Les diamètres obliques avaient l'étendue suivante : celui qui se mesure du milieu de la paroi cotyloïdienne gauche à la symphyse sacro-iliaque droite avait 2 pouces 11 lignes + $\frac{1}{4}$; celui qui se mesure du milieu de la paroi cotyloïdienne droite à la symphyse sacro-iliaque gauche, 5 pouces + 2 lignes; le transversal, 5 pouces 3 lignes + $\frac{1}{2}$.

Diamètres de l'excavation.

L'antéro-postérieur, 2 pouces + 5 lignes.
Le transversal, 4 pouces + 9 lignes.

Détroit périnéal.

L'antéro-postérieur, 3 pouces + 7 lignes, le coccyx n'étant pas repoussé.

Le transversal, 4 pouces + 4 lignes.

La symphyse pubienne étant incisée, et les os écartés spontanément, M. *Baudelocque* neveu plaça entre eux le coin de bois long d'un pouce, et attendit quelques instans pour que les ligamens des symphyses sacro-iliaques fussent habitués à cette extension; alors, lui substituant le coin de bois long de 18 lignes, il le laissa pendant une demi-heure environ, et le remplaça par le coin de 2 pouces.

A 1 pouce d'écartement entre les pubis, le diamètre antéro-postérieur s'est accru de 2 lignes + $\frac{1}{4}$; à 18 lignes d'écartement, il ne s'est accru que de $\frac{1}{4}$ de ligne de plus.

A 2 pouces d'écartement, il est resté tel qu'il était à 18 lignes; c'est-à-dire que l'os coxal droit a paru se rapprocher un peu du côté droit de la base du sacrum; ainsi le bassin ne s'est agrandi que de très-peu de chose: le côté circulaire ne s'est accru que de 2 lignes; mais l'os coxal gauche, qui était très-déformé, s'est éloigné beaucoup de l'angle du pubis droit.

Le bénéfice de l'opération a été ici présenté, d'une part, par l'allongement des diamètres obliques, et, de l'autre, par l'engrènement de l'une des bosses pariétales, l'un des côtés du bassin étant circulaire, et ayant en conséquence permis cet engrènement.

A 2 pouces d'écartement, les diamètres du détroit abdominal ont eu l'accroissement suivant: l'oblique de gauche à droite s'est agrandi de 6 lignes + $\frac{1}{4}$.

L'oblique de droite à gauche, de 7 lignes + $\frac{1}{4}$.

Le transversal, de 4 lignes + $\frac{3}{4}$.

Excavation.

L'antéro-postérieur s'est agrandi de 2 lignes.
Le transversal, de 6 lignes + $\frac{1}{2}$.

Détroit périnéal.

L'antéro-postérieur d'une ligne, le coccyx n'étant pas repoussé.
Le transversal, de 16 lignes + $\frac{1}{4}$.

La circonférence du détroit abdominal de ce bassin (la partie déformée non comprise) avait 10 pouces + 8 lignes; et, en y comprenant la partie déformée, elle avait 13 pouces 7 lignes.

La tête du fœtus avait 3 pouces 4 lignes au diamètre biparietal; la largeur de la suture sagittale était de 3 lignes: donc l'épaisseur de la tête aurait pu être diminuée de ces 3 lignes pendant l'accouchement.

La base du crâne, mesurée à la racine des apophyses zygomatiques, avait 2 pouces + $\frac{1}{4}$.

En résumé, dans cette expérience, qui a été faite avec la plus grande exactitude, le résultat de la symphyséotomie a été d'agrandir le bassin d'avant en arrière de 9 lignes + $\frac{1}{2}$, moyennant un écartement pubien porté à deux pouces; la tête du fœtus traversait ensuite le bassin avec la plus grande facilité; mais quand M. *Baudelocque* neveu a substitué au coin de 2 pouces un coin de 2 pouces + $\frac{1}{2}$, les ligamens de la symphyse sacro-iliaque droite se sont déchirés.

Convaincu alors qu'il fallait graduer à volonté l'extension des ligamens des symphyses, il imagina l'instrument suivant, pour lui servir seulement dans ses expériences sur les cadavres.

Instrument propre à étendre les ligamens des symphyses sacro-iliaques et à faire apprécier le degré de leur extensibilité.

Cet instrument se compose de deux branches parallèles l'une à

l'autre, et réunies au moyen d'une vis; elles ressemblent assez aux branches qui composent les ciseaux. A l'une de leurs extrémités, elles sont terminées par deux plaques qui sont modelées sur la forme des facettes cartilagineuses des pubis, et sur la direction qu'elles prennent en s'éloignant l'une de l'autre ; à l'autre extrémité, elles sont taraudées pour recevoir une vis à trois filets; une échelle de proportion, fixée par un clou, en traverse les branches, afin que l'opérateur sache quel est le degré d'extension que subissent les ligamens sacro-iliaques.

Le plus grand écartement dont cet instrument est susceptible était d'abord de 3 pouces $+\frac{1}{2}$; mais ayant jugé convenable de ne pas porter aussi loin l'extension des ligamens sacro-iliaques, son écartement n'est plus maintenant que de 3 pouces $+\frac{1}{4}$: avec cet instrument on étend les ligamens sacro-iliaques par ligne, par demi-ligne, par quart de ligne; l'expérience doit se faire en deux ou trois heures.

Expériences sur des bassins bien conformés.

M. *Baudelocque* neveu a pris douze cadavres de femmes mortes en couches, quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement, et dont le bassin était bien conformé : le cadavre étant placé sur une table, le bassin en dépassant le bord de quelques travers de doigt, les membres inférieurs fléchis et médiocrement écartés, s'étant placé entre eux, il coupa la symphyse pubienne, plaça entre les facettes cartilagineuses des os coxaux les plaques de son instrument, tourna la vis d'abord avec assez de vitesse, jusqu'à ce que l'écartement fût porté à un pouce, puis avec d'autant plus de lenteur que l'écartement approchait tantôt de trois pouces $+\frac{1}{2}$, tantôt seulement de 3 pouces $+\frac{1}{4}$. Sur deux d'entre eux, il n'y eut aucune déchirure des ligamens des symphyses sacro-iliaques (ces deux expériences furent faites sous les yeux de *Desormeaux*); sur les trois autres, il y eut déchirure de quelques-unes de leurs attaches; sur les sept autres, il

porta l'écartement des os à 3 pouces $+\frac{1}{4}$ seulement, et il ne remarqua aucune déchirure de ces ligamens.

De ces expériences, qui, cependant, n'ont pas été faites, comme on le voit, dans les circonstances les plus favorables, il a conclu que les ligamens sacro-iliaques sont susceptibles d'une grande extension à la fin de la grossesse, et que les symphyses sacro-iliaques peuvent s'entr'ouvrir de 6 lignes environ, sans que leurs ligamens se déchirent, pourvu, toutefois, qu'on ne violente pas leur extensibilité.

L'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal de ces bassins, qui tous étaient bien conformés, n'a été que d'une ligne, quelquefois de 2, rarement de 3, par un écartement de 3 pouces au moins entre les os coxaux.

En plaçant au-dessus de ces bassins une tête de fœtus à terme et de volume ordinaire, en première ou en deuxième position, après avoir porté à 3 pouces l'écartement des os, l'auteur remarqua que la bosse pariétale correspondante en avant faisait saillie hors du détroit abdominal de 9 lignes; il estima à 6 lignes l'épaisseur de la symphyse pubienne, et à 3 lignes la partie de la tête qui dépassait la face antérieure de la région pubienne.

En supposant que l'opération eût été faite à une femme en travail, le bassin étant petit, une tête dont le volume aurait excédé d'un pouce l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal, aurait pu facilement le franchir, parce que la largeur de la suture sagittale aurait été effacée, pendant l'accouchement, par la compression que la matrice aurait fait éprouver à la tête en la poussant à travers ce détroit.

En résumé, le résultat de ces expériences prouve : 1°. que l'accroissement du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal d'un bassin petit et régulier est presque nul, puisqu'un écartement de 3 pouces entre les os pubis ne lui donne au plus que 3 lignes, et non 6, comme on le dit; et 2°. que l'accroissement des diamètres transverses et obliques des deux détroits est considérable.

Expériences sur des bassins déformés.

J'ai rapporté plus haut une première expérience; en voici deux autres :

L'une d'elles a été faite sur le bassin d'une femme morte dans l'un des hôpitaux de Paris.

Ce bassin était très-déformé; la forme du détroit abdominal était celle d'un cœur de carte à jouer; le détroit périnéal était fort resserré, de 2 pouces au plus dans le sens transversal.

Dans l'état naturel, le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal n'avait que 3 pouces $+\frac{1}{2}$ ligne; à un pouce d'écartement entre les os coxaux, il eut 2 lignes $+\frac{1}{2}$ de plus; à 2 pouces d'écartement, il s'accrut encore d'une ligne. Ce bassin laissa passer ensuite une tête dont l'épaisseur était de 3 pouces, parce que ses diamètres obliques augmentaient beaucoup d'étendue.

L'autre expérience à été faite sur le bassin d'une femme nommée Syrène, morte à la Maison d'Accouchement de Paris, à la suite de l'opération césarienne. Le bassin était très-déformé, le détroit abdominal était en forme de cœur de carte à jouer, les parois cotyloïdiennes étant très-rapprochées de la saillie sacro-vertébrale, la paroi cotyloïdienne gauche étant distante de 11 lignes de cette saillie, et la droite de 6 lignes.

Dans l'état naturel, le diamètre antéro-postérieur était de 22 lignes $+\frac{1}{4}$; à 1 pouce d'écartement entre les os coxaux, il s'accrut de 3 lignes; à 2 pouces, il s'agrandit encore de 3 lignes; et cet écartement de deux pouces augmenta l'étendue du diamètre transversal du détroit périnéal de 20 lignes.

Ces expériences prouvent : 1°. que l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal d'un bassin déformé n'est pas le même que celui d'un bassin petit et bien conformé; 2°. que l'agrandissement de ce diamètre varie selon la forme totale du bassin et selon la forme particulière du détroit abdominal : ainsi on a re-

marqué plus haut que le bassin de Marie Doyen s'était agrandi de 9 lignes $+\frac{1}{2}$ dans le sens du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal, par le fait même de l'engrènement de l'une des bosses pariétales; que c'est le côté gauche du bassin très-déformé qui s'était fort éloigné du côté droit de la saillie sacro-vertébrale, tandis que le côté droit du bassin, presque régulier, s'était peu éloigné du même point. On a fait encore la même remarque au sujet du bassin de la femme morte dans l'un des hôpitaux de Paris, dont le diamètre antéro-postérieur ne s'est agrandi que de très-peu de chose, et qui n'aurait pas permis l'engrènement de l'une des bosses pariétales, parce qu'il ne peut pas avoir lieu quand la forme du détroit abdominal est trilobée ou viciée des deux côtés, tandis qu'il a lieu, au contraire, quand le bassin est déformé d'un côté seulement.

La symphyséotomie convient donc : 1°. dans le cas où le bassin, petit et régulier, n'a que 2 pouces $+\frac{1}{2}$; 2°. lorsque le bassin déformé n'a que cette étendue, pourvu que son irrégularité ne soit pas très-prononcée, quand, par exemple, le détroit abdominal a la forme d'un rein, d'un cœur de carte à jouer, si les parois cotyloïdiennes sont distantes de la saillie sacro-vertébrale de plus de 10 lignes, quand l'un des côtés du bassin est déformé, l'autre étant circulaire comme le bassin de Marie Doyen.

Ces expériences prouvent encore que l'écartement des os coxaux, dans le cas de déformation du bassin, n'a pas besoin d'être porté aussi loin que quand ce canal est petit, parce que les ligamens sacro-iliaques sont plus distendus, toutes choses égales d'ailleurs, quand le bassin est déformé que quand il est circulaire.

Ces expériences ont encore fait faire à l'auteur une réflexion qui est relative à la cause de l'incontinence de l'urine, infirmité qui a si souvent été la suite de cette opération.

Lorsque, sur le cadavre, l'écartement des os est arrivé à 1 p. $+\frac{1}{2}$, les fibres musculaires qui recouvrent en avant le canal de l'urètre, et qui s'insèrent aux bords internes des branches descendantes des pubis, sont tiraillées, et si cet écartement est porté plus loin, elles

sont bientôt déchirées ; la membrane muqueuse du canal de l'urètre est mise à nu, déchirée même. Cette observation a fait penser à M. *Baudelocque* neveu que l'incontinence de l'urine provenait plutôt de la déchirure de l'urètre que de l'incision même de ce canal ou de la vessie, qui, d'après les auteurs, aurait toujours été faite par le tranchant du bistouri ; ainsi, dans les expériences qu'il fit, lorsqu'il avait coupé à droite et à gauche, près les lèvres internes des tubérosités ischiatiques, les attaches de ces fibres musculaires, l'écartement des os se faisait ensuite sans la moindre déchirure de ces fibres et des parois du vagin.

Dans ces mêmes expériences, il a toujours divisé la racine gauche du clitoris ; mais il paraît inutile, d'après l'observation ci-jointe, de diviser sur la femme en travail les attaches des fibres musculaires qui recouvrent le canal de l'urètre et la racine gauche du clitoris, parce que les parties molles sont alors beaucoup plus élastiques qu'elles ne le sont sur le cadavre ; cependant il faudrait, sans doute, les couper s'il fallait porter l'écartement des pubis jusqu'à trois pouces.

D'après ces expériences, M. *Baudelocque* neveu a encore pensé que, sur la femme en travail, comme la tête du fœtus, en s'engageant dans le détroit abdominal, ferait une saillie plus ou moins considérable à travers l'écartement des pubis, il ne serait pas inutile, en ce moment, de soutenir le vagin avec l'une des mains appliquée entre les os, afin de prévenir la rupture de ce conduit et celle de la vessie ; mais l'opération qu'il vient de faire ne lui a pas prouvé que ce soin fût nécessaire.

Expériences relatives au procédé du docteur Catolica, *faites sur des bassins bien conformés.*

Les os pubis étant écartés l'un de l'autre de trois pouces, si l'on enlève avec la scie à chaîne les surfaces quadrilatères de ces os à la manière de M. *Catolica*, après toutefois avoir coupé obliquement, de haut en bas et de dehors en dedans, le périoste sur la face ex-

terne comme sur la face interne de ces surfaces, et placé entre elles et le vagin un morceau de carton pour ne blesser ni ce conduit ni les vaisseaux et nerfs sous-pubiens, la voie ouverte au passage de la tête est large de cinq pouces : mais si l'on n'enlève que ces surfaces sans avoir écarté les os, le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal ne s'agrandit pas plus que par un écartement de deux pouces entre les pubis.

Les circonstances qui sont le plus favorables à la pratique de la symphyséotomie sont les suivantes : du côté du fœtus, elle convient surtout, à mon avis, quand il est situé parallèlement à l'axe de la matrice et à celui du détroit abdominal, parce qu'à la suite de cette opération on doit abandonner, autant que possible, son expulsion aux contractions utérines ; 2°. du côté de la mère, la mobilité des symphyses du bassin, qui a lieu surtout dans la jeunesse, puis chez les femmes qui sont accouchées déjà plusieurs fois, et qui n'est jamais plus considérable que chez celles dont les membres inférieurs sont infiltrés.

Les circonstances qui sont moins favorables à cette opération que les précédentes, et qui, cependant, n'en excluent pas la pratique, sont : 1°. du côté du fœtus, la chute du cordon ombilical sous la partie qu'il présente au détroit abdominal, quelle que soit cette partie ; l'obliquité du fœtus, ou la présentation de l'une des épaules ou de l'une des hanches au même détroit ; 2°. du côté de la femme, la rupture prématurée des membranes, la lenteur avec laquelle le col utérin s'est ouvert, la présence d'une hémorrhagie grave, d'une hernie irréductible ou étranglée, d'un anévrysme, etc.

Après avoir fait connaître les circonstances favorables à cette opération, disons celles qui doivent l'exclure : 1°. du côté du fœtus : sa mort, qui peut avoir eu lieu avant l'opération, ou qui peut arriver pendant l'opération même ; car quel est le but de cette opération, si ce n'est la conservation de l'enfant ? 2°. du côté de la femme : la rigidité des symphyses, qui a lieu surtout dans un âge avancé, ou quand

elle n'a pas fait d'enfans depuis long-temps, et qui a lieu nécessairement dans le commencement de la grossesse, considération qui aurait dû empêcher de proposer jamais cette opération dans la rétroversion utérine; l'ossification de l'une des symphyses, circonstance qui est plus rare qu'on ne l'a dit, puisque M. *Baudelocque* neveu, dans ses expériences, ne l'a pas rencontrée une seule fois; les convulsions, parce que le principe sur lequel est fondée cette opération est l'immobilité absolue de la femme, immobilité qu'elle doit conserver, non-seulement pendant l'opération, mais encore pendant tout le temps de ses couches.

Cette opération convient exclusivement dans les cas suivans: 1° du côté du fœtus, dans l'enclavement de la tête, s'il est vivant, et si le forceps n'a pas suffi à son extraction; dans l'enclavement de la tête après l'expulsion ou l'extraction du tronc, après toutefois que l'on aura assuré l'existence du fœtus en introduisant une sonde dans sa bouche, et que l'on aura vu sa respiration s'établir, moyen que M. *Baudelocque* neveu a proposé, et après avoir essayé inutilement l'application du forceps; 2° du côté de la femme, elle convient toutes les fois que le diamètre transversal du détroit périnéal n'a que deux pouces; ainsi, en n'exagérant point l'utilité de cette opération, mais en fixant les limites de son usage aux seuls cas de difformité médiocre, mais absolue, elle offre une ressource importante.

Avant de pratiquer cette opération, il faut s'assurer de l'état d'assouplissement des symphyses du bassin, en plaçant l'une des mains sur la région pubienne, ou l'un des doigts dans le vagin, derrière la symphyse, et en élevant alternativement les membres abdominaux: on préparera aussi la femme qui devra subir cette opération, en lui faisant faire usage, dans les deux derniers mois de la grossesse, de bains entiers, d'injections émollientes dans le vagin, et en lui prescrivant un fréquent exercice à pied, pour que les symphyses du bassin acquièrent beaucoup de mobilité.

Procédé opératoire. Les instrumens dont se sert M. *Baudelocque* neveu pour faire cette opération, sont: un bistouri convexe, un bistouri droit boutonné, une sonde de femme et un bandage pour en-

tourer le bassin ; ce bandage se compose d'un cercle d'acier coupé en deux parties égales, demi circulaires, et terminées par une partie droite ou jumelle : la partie circulaire est percée de trous, afin que le cercle complet qu'elles forment lorsqu'elles sont réunies puisse être agrandi ou diminué suivant le contour du bassin : les deux jumelles sont taraudées pour recevoir une vis. En imaginant ce bandage, il a eu pour but d'empêcher que les mouvemens que la femme pourrait faire pendant l'opération ne déchirassent les ligamens sacro-iliaques, et de maintenir à la fois leur extension ; les autres instrumens et objets de pansement sont communs à toutes les opérations.

Ayant remarqué que l'incision extérieure faite parallèlement à la ligne médiane du corps de la femme ne pouvait convenir que dans le cas où le bassin a des dimensions ordinaires et quand il est petit, il fait l'incision extérieure parallèlement à la direction de la symphyse des pubis; pour atteindre ce but, avant de commencer l'opération il explore, par le vagin, la situation et la direction de la symphyse pubienne. A cet effet, il porte la face palmaire de l'indicateur gauche sous le canal de l'urètre, pour reconnaître le cartilage inter-pubien, qui fait une saillie plus ou moins considérable dans le bassin à la fin de la grossesse. Cette connaissance étant prise, et les poils des parties génitales rasés, il place autour du bassin, entre les épines antérieures et supérieures et les épines inférieures des os des iles, le bandage, dont on dispose les demi-cercles de manière que les jumelles soient distantes l'une de l'autre lorsqu'elles seront tenues par la vis, et surtout pendant l'écartement des os; enfin pour qu'elles rapprochent ceux-ci l'un de l'autre dès que l'opération sera terminée.

L'incision extérieure étant faite, il porte de nouveau la face palmaire de l'indicateur gauche sous l'arcade des pubis; puis, prenant de la main droite le bistouri droit boutonné, il en porte l'extrémité sur ce doigt, et levant le talon de la lame, il coupe le cartilage inter-pubien de bas en haut, et continue d'inciser, dans le même sens, la ligne blanche dans l'étendue d'un pouce, au-dessus de la région pubienne. Ces deux incisions ont intéressé toutes les parties molles qui s'insèrent,

d'une part, aux bords supérieurs des pubis, et, de l'autre, à l'arcade pubienne, de sorte que l'écartement des os peut s'opérer ensuite sans déchirure de ces parties. L'écartement des os arrivé à un pouce $+\frac{1}{2}$, il inciserait, s'il était nécessaire, sur la femme vivante, comme sur le cadavre, avec le même bistouri, les fibres musculaires qui recouvrent le canal de l'urètre : ces fibres étant ou non coupées, il abandonne l'écartement des os aux contractions de la matrice, puis il laisse l'accouchement se faire naturellement, ou il le termine suivant les cas particuliers qui se présentent, mais toujours avec le moins de violence possible. S'il faut extraire le fœtus à l'aide de la version ou de l'application du forceps, on conçoit que le bassin, étant entouré d'un bandage, se laissera moins entr'ouvrir pendant les efforts exercés avec cet instrument sur la tête du fœtus que s'il n'était pas ainsi maintenu, et que, par conséquent, les ligamens des symphyses sacro-iliaques ne peuvent pas être déchirés.

Le fœtus expulsé ou extrait, on rapproche l'un de l'autre les os coxaux, au moyen de la vis du bandage, de manière à les mettre en contact, sans que l'on doive craindre de pincer la vessie ou le canal de l'urètre. On réunit les genoux et les pieds par quelques tours de bande, puis l'on attend la délivrance comme à l'ordinaire, ou on y procède immédiatement, mais toujours par-dessous les membres inférieurs, qui, pour cela, doivent être un peu fléchis : on recommande à la femme l'immobilité la plus absolue.

Pansement de la plaie, et position à donner à la femme pendant ses couches.

Le pansement de la plaie est celui qui convient aux plaies qui suppurent; seulement, quand la suppuration est abondante, il faut faire quelques injections d'eau tiède avec addition d'une petité quantité de chlorure d'oxyde de sodium, pour en déterger le fond, qui forme une espèce de cul-de-sac; on laisse les lèvres de la plaie se réunir, ou on n'aide leur réunion que trois semaines environ après l'opération,

en un mot, quand la consolidation de la symphyse pubienne commence à se faire.

Quant à la position à donner à la femme, c'est la partie du traitement qui certainement est la plus embarrassante. En effet, il faut songer d'abord que, quand on a divisé le cartilage inter-pubien, on a détruit la base de sustentation du corps ; ainsi la femme ne peut exécuter le moindre mouvement de ses membres inférieurs sans éprouver les douleurs les plus aiguës, et principalement dans l'une des aines ; il faut songer ensuite que la plaie est fort mal située, ainsi que, pour la panser, on est obligé d'écarter les membres inférieurs (il est vrai qu'on les écarte le moins possible) ; le pus séjourne continuellement sur la région pubienne, parce qu'on doit tenir constamment les membres inférieurs rapprochés, pour que les os pubis soient en contact parfait. On n'oubliera donc pas qu'à la suite de cette opération des matières sortent de quatre sources différentes : ainsi, que de la plaie s'écoule du pus ; de la vessie, qu'il sort de l'urine ; du vagin, des lochies ; et de l'anus enfin, des matières fécales : quoi qu'on fasse donc pour entretenir la propreté, la peau des cuisses, sans cesse irritée par la présence de ces matières, ne tarde pas à s'enflammer. Au lieu de coucher la femme sur le dos, il faudrait la coucher, tantôt sur le côté droit, tantôt sur le gauche, les membres inférieurs étant maintenus constamment fléchis ; mais, pour pouvoir la changer ainsi de position, il faudrait l'enlever doucement de dessus son lit, à l'aide de deux sangles que l'on passerait, l'une sous la poitrine et l'autre sous les cuisses, et que l'on soulèverait avec une corde glissée dans la gorge de deux poulies que l'on fixerait au plafond, de la même manière que l'on fait monter une botte de foin au grenier ; car, je le répète, il faut, d'une part, que la femme urine et qu'elle rende les matières fécales, et, d'autre part, il faut qu'elle soit dans l'immobilité la plus absolue : il faut encore que la plaie et les parties environnantes soient nettoyées au moins une fois par jour. Quant au traitement même de la plaie, on voit qu'il serait impossi-

ble, d'après sa situation, d'en réunir les lèvres immédiatement, comme les auteurs l'ont proposé.

Parallèle des divers procédés et du procédé nouveau.

Le procédé de *Sigault* et celui d'*Alph. Leroy* avaient toutes sortes d'inconvéniens qu'il est inutile de signaler.

Le procédé de *Desormeaux* mérite seul de m'occuper; il consiste, comme il a été dit, en deux modifications : l'une d'elles concerne l'incision extérieure, l'autre l'incision intérieure.

Dans ce procédé, on fait l'incision extérieure parallèlement à l'axe du corps de la femme, parce que ce n'est pas en tâtonnant la région antérieure de la symphyse pubienne que l'on peut en reconnaître la direction.

Dans le procédé de M. *Baudelocque* neveu, au contraire, on porte d'abord le doigt indicateur gauche dans le vagin, derrière la symphyse pubienne même; l'on y sent le cartilage inter-pubien, et l'on sait alors quelle est la direction de la symphyse, et quelle est par conséquent celle qu'il faut donner à l'incision extérieure : du reste, cette incision a la même longueur dans l'un et l'autre procédé.

Dans le procédé de *Desormeaux,* on se sert d'un bistouri terminé carrément, pour inciser, d'avant en arrière et de haut en bas, la ligne blanche, dans l'étendue d'un pouce, et, dans la même direction, le cartilage inter-pubien : de cette manière, il arrive le plus souvent qu'on ne trouve pas le cartilage, parce qu'on porte le bistouri à droite ou à gauche sur l'un des os pubis, et l'on peut en outre blesser le péritoine, la vessie, ou le canal de l'urètre, l'opérateur ne pouvant pas arrêter à sa vo onté l'effort qu'il fait en coupant la symphyse. Or, que penser de l'opinion émise dans un livre nouveau sur l'art des accouchemens? « Qu'on fasse, y dit-on, la section du cartilage de haut en bas, de bas « en haut, d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, peu importe! » Dans le procédé nouveau, au contraire, on coupe le cartilage inter-

pubien et la ligne blanche de bas en haut, avec un bistouri droit boutonné dirigé par l'indicateur gauche. Ce procédé me paraît donc offrir plus de sûreté pour la femme, plus de précision même dans l'opération, que le procédé ordinaire. Dans ses expériences, l'auteur n'a jamais intéressé les parties sous-jacentes aux pubis.

Dans les autres procédés on abandonne ensuite l'accouchement à la nature, sans avoir seulement mis d'abord autour du bassin un bandage propre à empêcher la déchirure des ligamens sacro-iliaques, qui aura lieu nécessairement, pour peu que la femme exécute le moindre mouvement, ou bien on éloigne les membres inférieurs l'un de l'autre, avec lenteur il est vrai ; si l'accouchement ne se termine pas, on l'opère aussitôt avec le forceps ; enfin, si la position du fœtus est oblique par rapport à la matrice et au bassin, on en fait la version ; on exerce par conséquent des efforts plus ou moins considérables, qui tous luttent contre l'élasticité des ligamens des symphyses sacro-iliaques, et les déchirent : en outre, l'écartement des os étant porté à 1 pouce $+\frac{1}{2}$, les fibres musculaires qui recouvrent le canal de l'urètre sont tendues, tiraillées, et si l'écartement est porté plus loin, déchirées : la membrane muqueuse du canal de l'urètre est mise à nu, déchirée même. Est-il étonnant qu'à la suite de cette opération on ait vu tant de désordres dans les parties de la femme ?

Dans le procédé nouveau, le bandage étant mis autour du bassin, on fait tenir par deux aides les membres inférieurs de la femme, médiocrement écartés, et on les fait soutenir continuellement de dehors en dedans, afin qu'après la section du cartilage inter-pubien le poids de ces membres n'entraîne pas la hanche correspondante et ne déchire pas les ligamens des symphyses sacro-iliaques : on abandonne ensuite l'accouchement aux contractions utérines, à moins que quelque accident ne détermine à l'opérer sans retard.

En résumé, dans ce procédé : 1°. on trouve avec facilité le cartilage inter-pubien ; par conséquent, en le suivant, on n'aura jamais recours à la scie ; 2°. on ne blesse ni la vessie ni le canal de l'urètre ;

ainsi l'incontinence de l'urine n'en sera jamais la suite ; 3°. enfin on conserve intacts les ligamens des symphyses sacro-iliaques.

A la suite de cette opération il ne sera plus question, par conséquent, de la gangrène des parties molles extérieures ou intérieures ; de la rupture du vagin ni de celle de la matrice ; de l'inflammation du péritoine ni de celle des intestins ; de la carie des os coxaux, ni de l'inflammation du tissu cellulaire du bassin, accidens qui, le plus souvent, ont produit la mort.

Les femmes devenues convalescentes n'auront plus de nécrose des pubis, de hernie à travers ces os ou au-dessus d'eux, de chute de l'utérus et de la vessie, ni d'incontinence d'urine.

Enfin on n'entendra plus parler d'enfans morts pendant l'opération même, ou par le fait de l'opération.

Deux accidens paraissent néanmoins devoir suivre inévitablement la pratique de cette opération, malgré tous les soins que M. *Baudelocque* neveu a pris de la perfectionner : de ces accidens, l'un est primitif et l'autre consécutif.

L'accident primitif survient dans le premier temps de l'opération : c'est l'hémorrhagie qui résulte de l'incision des veines qui sont contenues dans l'épaisseur des grandes lèvres ; l'écoulement du sang qui a lieu par ces veines se fait en nappe, et est assez abondant : il peut être de 10 à 12 onces en un instant. Cet accident est par conséquent peu grave ; il ne faut cependant faire l'incision du cartilage que quand on a arrêté cette hémorrhagie.

L'accident consécutif est la claudication : en effet, quoique, par le procédé que je décris, on conserve intacts les ligamens des symphyses sacro-iliaques, néanmoins la vie des cartilages est en général si lente, comme on le sait, et les femmes auxquelles on pratique cette opération sont, en outre, d'une constitution si mauvaise, que la mobilité des symphyses du bassin, et surtout celle de la symphyse pubienne, me paraît devoir se conserver pendant long-temps : ainsi la claudication me semble être la conséquence presque indispensable de cette opération.

Le procédé de *Desormeaux* diffère des deux autres, en ce que : 1° l'incision qu'il pratique extérieurement est plus étendue, et comprend la racine gauche du clitoris ; et 2°. en ce que l'incision intérieure intéresse la ligne blanche dans l'étendue d'un pouce.

Le nouveau procédé diffère de celui de *Desormeaux* en ce que l'on place un bandage autour du bassin, pour maintenir les os pendant leur écartement, comme le faisait *Camper ;* puis on divise le cartilage inter-pubien et la ligne blanche, de bas en haut, avec un bistouri droit boutonné, après avoir reconnu, à l'aide de l'indicateur gauche passé dans le vagin, la situation et la direction de la symphyse des pubis. Ainsi ce procédé n'est que l'extension de celui de *Desormeaux;* il en a les avantages, et n'en a pas les inconvéniens, que cet accoucheur aurait reconnus lui-même s'il avait eu l'occasion de faire la symphyséotomie.

On conçoit, en effet, qu'en suivant le procédé que je propose, toutes les parties molles qui s'insèrent au bassin étant coupées, et les ligamens des symphyses étendus avec lenteur, le résultat de l'opération doit être moins grave qu'il ne l'a été jusqu'à présent à la suite de l'usage des autres procédés.

Observation d'une section de la symphyse des pubis ; enfant extrait vivant ; femme morte le seizième jour de vomissemens spasmodiques produits par une pierre engagée dans le bassinet de l'uretère droit.

Une femme, âgée de 26 ans, était parvenue à la fin d'une seconde grossesse. Dans le premier accouchement, M. *Baudelocque* neveu avait broyé la tête du fœtus soixante-quinze heures après le commencement du travail. Avant de faire cette opération, il avait réclamé l'avis de *Desormeaux* et celui de M. *Paul Dubois*, qui avaient, comme lui, estimé l'étroitesse du bassin à 2 pouces $\frac{3}{4}$ environ ; qui avaient aussi jugé que le fœtus était mort, et la femme dans un état inflammatoire grave. (*Voyez* son Mém. sur le broiement de la tête du fœtus.) Elle entra en travail le 20 avril, vers midi ; l'ouverture du col utérin fut complète à dix heures

du soir; on sentait, entre les membranes intactes et la tête du fœtus, plusieurs anses du cordon ombilical, qui pulsait avec force. Pendant toute la nuit, les contractions utérines n'eurent d'autre effet que de pousser un peu les membranes dans l'orifice utérin et le détroit abdominal; la tête resta constamment au-dessus de ce détroit, sans s'y engager en aucune manière. Le cordon ombilical était à l'abri de la compression de la tête, à cause de la disproportion qui existait entre celle-ci et les dimensions du bassin.

Le lendemain, vers huit heures, M. *Baudelocque* neveu réunit en consultation MM. *Boyer* et *Hervez de Chégoin*, pour déterminer le parti qu'il y avait à prendre. Il pensait que la section de la symphyse des pubis seule convenait, l'étendue du bassin étant de 2 pouces $\frac{3}{4}$ environ, la vie du fœtus étant certaine, et la mère désirant que son enfant vécût.

M. *Boyer* reconnut comme lui la nécessité de la section pubienne; M. *Hervez*, au contraire, voulait qu'on fît le broiement de la tête de l'enfant, bien qu'il fût vivant : il appuyait son opinion sur les suites si souvent malheureuses, pour la mère et pour l'enfant, de la section de la symphyse pubienne.

Ne partageant pas cet avis, comme je viens de le dire, M. *Baudelocque* procéda immédiatement à la section de la symphyse, en présence de M. *Hervez* et de plusieurs docteurs et étudians en médecine.

Après avoir placé la femme convenablement, rasé les parties génitales, et fait soutenir les membres inférieurs par deux aides assis au-devant du lit, en leur recommandant d'empêcher la femme d'exécuter le moindre mouvement pendant l'opération, il la fit de la manière suivante :

Il entoura le bassin du bandage qu'il a imaginé, et que j'ai décrit; il en tourna la vis pour comprimer le bassin, et pour qu'il restât comprimé pendant l'écartement des os qui allait survenir; puis étendant fortement, avec la paume de la main gauche, la peau de la région pubienne vers le bas-ventre, il fit une incision qui commença à deux pouces au-dessus de la région pubienne, descendit jusqu'au cli-

toris, et de là, de droite à gauche, dans l'épaisseur de la grande lèvre. Cette incision fut faite couche par couche; elle intéressa deux ou trois petites artères honteuses externes, qui furent liées aussitôt : mais lorsque cette incision fut descendue dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche, une hémorrhagie eut lieu subitement; la quantité de sang que la femme perdit put être de huit onces. L'un deux l'attribua à la lésion de l'artère honteuse interne. Quant à M. *Baudelocque*, il pensa qu'elle était produite par l'ouverture de quelques veines du vagin.

Continuant l'opération, malgré l'hémorrhagie, il porta la pulpe de l'indicateur gauche sous l'arcade pubienne, et, dirigeant sur ce doigt le bistouri boutonné, il divisa avec facilité le cartilage inter-pubien de bas en haut, et la ligne blanche dans l'étendue d'un pouce au-dessus de la région pubienne. Il se fit aussitôt un écartement des os de dix-huit lignes environ. L'hémorrhagie continuant, M. *Hervez* crut devoir introduire des éponges entre les pubis, et les comprimer fortement pour fermer l'ouverture des vaisseaux : ce tamponnement rompit les membranes, et avec l'eau de l'amnios sortirent les anses du cordon, qui plongèrent dans le vagin. Cette double circonstance, l'hémorrhagie veineuse qui fut peut-être de dix à douze onces en totalité, et la chute du cordon au côté droit de la tête, déterminèrent l'opérateur à extraire immédiatement l'enfant, à l'aide du forceps qu'il plaça sur la tête, située au détroit abdominal en première position. Cette application fut très-simple. Les cuillères étant réunies, il tira médiocrement sur les manches; et au moment où la tête s'engagea dans le détroit abdominal, l'écartement des os pubis fut porté à deux pouces au moins, sans que l'on entendît le moindre craquement : la tête arrivée dans l'excavation du bassin, il lui fit exécuter son mouvement de rotation, et le reste de l'extraction ne présenta rien de particulier.

L'enfant, dont le cordon ombilical venait d'être comprimé par la tête, d'une part, et par le forceps, de l'autre, était légèrement asphyxié : on lui fit perdre un peu de sang par la section du cordon,

on le stimula à l'aide des moyens ordinaires, et il commença à respirer : il se porta fort bien dans la suite ; son poids était de 5 livres $+\frac{1}{2}$ environ. L'épaisseur de la tête fut mesurée aussitôt ; elle était de 3 pouces et $\frac{1}{2}$ juste.

Pendant l'extraction du fœtus, la femme n'avait accusé aucune douleur dans les aines, ni dans les cuisses. Aussitôt M. *Baudelocque* tourna la vis, afin de rapprocher les os coxaux et les membres inférieurs, qu'il lia par quelques tours de bande placés au-dessus des genoux et aux mollets : ayant ensuite fléchi les membres inférieurs, M. *Hervez* fit la délivrance ; la plaie ne fut pas pansée.

La malade fut portée dans son lit, ayant son bandage autour du bassin, que l'on remplaça le même jour par une ceinture, les membres inférieurs étendus et placés sur un coussin, la tête peu élevée ; elle fut mise à la diète, et nourrit elle-même son enfant. Le second jour après l'opération, craignant que la présence des éponges entre les pubis ne déterminât une inflammation trop grave de la partie antérieure du vagin, et une suppuration abondante, parce qu'elles y adhéraient très-fortement, M. *Baudelocque* les retira après les avoir imbibées d'eau tiède : un écoulement de sang de quelques onces suivit cette extraction ; il pansa la plaie extérieure à plat : vers la fin de ce jour, la fièvre de lait se manifesta. Le sixième jour, une douleur aiguë que la femme ressentit dans l'aine gauche, lui fit pousser des cris perçans ; cette douleur disparut par le changement de position du membre ; jusqu'alors la liberté du ventre avait été entretenue par quelques verrées d'eau de Sedlitz. Au septième jour, la suppuration était à son plus haut degré ; le huitième et les jours suivans, la femme se portait bien ; ayant de l'appétit, n'ayant, depuis l'opération, jamais uriné qu'à volonté, on commença à lui donner quelques alimens.

L'on n'avait plus absolument d'inquiétude sur l'issue de l'opération que par rapport à la position du corps de la malade, qui était sur le dos depuis le jour de l'opération : dès le lendemain, on l'avait fait placer sur un lit mécanique, appelé *lit de Daujon*, afin qu'elle pût

aller à la garde-robe sans éprouver de dérangemens, parce que le moindre mouvement des membres inférieurs, et surtout du membre gauche, causait une douleur aigüe dans l'aine de ce côté : malheureusement, pour la mettre plus à son aise, l'on avait enlevé la sangle qui correspondait à son siége ; la circonférence de l'ouverture de celle qui restait comprimant les fesses, y détermina un érysipèle et la gangrène de la peau du sacrum. Au onzième jour, ayant aperçu une escharre, M. *Baudelocque* fut obligé de donner à la malade une autre position ; il la mit sur le côté droit : ce changement fut très-douloureux. A cette époque, la fesse droite était gonflée, et comme la peau en était rouge, il craignit qu'il ne s'y développât un phlegmon ; en conséquence, il fit mettre autour de l'escharre et sur la fesse droite vingt sangsues, qui donnèrent beaucoup de sang: quelques jours après, il crut reconnaître que ce gonflement n'était produit en partie que par l'emphysème, provenant de l'entrée de l'air dans les cellules du tissu cellulaire, mis à nu par la chute de l'escharre. Cette femme avait la peau tellement irritable, que, dès que ses membres restaient en contact pendant vingt-quatre heures, la peau s'enflammait et s'excoriait dans les endroits où elle avait été comprimée : aussi, le lendemain du jour où on l'avait couchée sur le côté droit, fallut-il la coucher sur le côté gauche. Au treizième jour, elle commença à éprouver du malaise, perdit l'appétit, urina beaucoup moins, eut des sueurs abondantes, la suppuration de la plaie diminua, et la malade perdit le sommeil. Le lundi 6 mai, seizième jour après l'opération, elle fut prise, vers midi, de vomissemens spasmodiques, sans rendre autre chose que des mucosités : ces vomissemens ne la quittèrent pas un seul instant pendant six heures ; son visage devint bleu, ses extrémités se refroidirent, la circulation se ralentit. Alors M. *Boyer*, prié par M. *Baudelocque* de la visiter, porta un pronostic fâcheux, et vers six heures elle mourut.

Le lendemain, M. *Baudelocque* neveu fit l'ouverture du corps avec M. *Grenier*, étudiant en médecine. L'extérieur présentait, sur les côtés

du cou et aux jambes, des cicatrices d'anciens ulcères scrophuleux. Les mamelles étaient pleines de lait; la plaie était en bon état, ses lèvres commençaient à se réunir; le vagin et la matrice, la vessie et le canal de l'urètre étaient intacts; la fesse droite, qui était tuméfiée, ne présentait aucune trace d'inflammation dans son épaisseur; le cartilage lui-même n'avait aucune marque d'inflammation, et n'était pas réuni; les symphyses sacro-iliaques étaient dans l'état naturel, seulement elles étaient très-mobiles; les viscères de l'abdomen étaient sains, l'estomac l'était aussi; le rein droit avait un volume double de celui qui lui est ordinaire, il contenait deux pierres, dont l'une, grosse comme une noix, se trouvait dans les calices, et l'autre, quatre fois environ plus grosse, était comme enclavée dans le bassinet de l'uretère droit : ce n'est qu'après avoir incisé la totalité du bassinet que l'on put extraire cette pierre : une assez grande quantité d'urine était accumulée derrière elle et dans les calices.

Est-ce le déplacement de cette pierre, sa sortie des calices et son entrée dans le bassinet de l'uretère qui ont déterminé les vomissemens et la mort ? Je le pense. Aurait-on dû reconnaître que cette femme portait des pierres dans l'un des reins ? Elle avait toujours uriné librement, ne s'était jamais plaint d'incommodités qui pussent faire soupçonner l'existence de cette pierre : seulement elle disait, dans les derniers jours de sa vie, ressentir de la douleur dans la hanche droite.

Cette observation est fort intéressante sous le rapport de l'agrandissement dont le bassin est susceptible par la section de la symphyse pubienne, sans déchirure des ligamens; ainsi, une tête, dont l'épaisseur était de 3 pouces + $\frac{1}{2}$ juste, a traversé un bassin dont l'étendue n'était que de 3 pouces, dépouillé de toutes ses parties molles, moyennant un écartement des pubis de plus de 2 pouces.

L'avantage que l'opération a présenté s'est trouvé, non dans l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal, mais dans l'engagement de la tête entre les pubis.

Je regarde donc ce fait comme étant en faveur de la section de la

symphyse, et je n'attribue, avec M. *Baudelocque* neveu, la mort de la femme qu'au déplacement de l'une des pierres qui se trouvaient dans le rein droit ; mais si l'ouverture du corps n'avait pas été faite, l'on serait resté convaincu qu'elle était morte d'un phlegmon dans la fesse droite.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 33.

II.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

III.

Si mulier quæ nec prægnans est, nec peperit, lac habeat, ei menstrua defecerunt. *Ibid.*, *aph.* 39.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

V.

Mulieri in utero gerenti si multum lactis ex mammis fluxerit, infirmum fœtum significat. Si verò solidæ fuerint mammæ, saniorem fœtum significat. *Sect.* 5, *aph.* 52.